

受付番号

提出期限 2026年3月31日(必着)

記入例

令和7(2025)年度 倉敷市風しん予防接種費用償還給付申請書

令和 7 年 5 月 16 日

倉敷市長 あて

申請日をご記入ください。

風しん予防接種費用助成の給付を受けたいので、書類を添えて申請します。

なお、助成対象者であることを確認するため、倉敷市が住民基本台帳を閲覧すること、区長(区長)に確認することにご同意します。(※申請者は被接種者本人か成年後見人のみです。)

過去に当該助成制度を利用したことがある 有 ・ 無 ※有に○がついた方は助成対象外です

申請者 (被接種者 又は 成年後見人)	住所	〒 110 - 0834 倉敷市笹沖170番地		
	フリガナ	クラシキ タロウ		
	氏名	倉敷 太郎		
		被接種者との続柄 (本人・成年後見人)		電話番号
被接種者 (予防接種を受けた人)	住所			
	フリガナ	クラシキ タロウ		
	氏名	倉敷 太郎 (男・女)		生年月日
				昭和・平成
				60 年 4 月 1 日
接種に要した費用	11,000 円	接種日	令和 7 年 5 月 15 日	予防接種の種類
				<input type="checkbox"/> 風しん単独 <input checked="" type="checkbox"/> 麻しん風しん混合

書類不備があれば電話します。日中、繋がる番号をお願いします。

振込先

(助成額の上限は、麻しん風しん混合ワクチン 7,000 円、風しん単独ワクチン 5,000 円です)

金融機関	倉敷 銀行 金庫		倉敷 店 支店						
		農業協同組合		出張所					
口座	店番号			口座番号					
	1	2	3	1	2	3	4	5	7
預金種別	普通・当座		口座名義人(カナ)		クラシキ タロウ				

【委任欄】※申請者と口座名義人が異なる場合は、記入・押印してください。

私は、上記の口座名義人に、風しん予防接種費用助成給付金受領の権限を委任し

令和 年 月 日

申請者氏名

原則、申請者本人の口座です。申請者と異なる口座への振り込みを希望する場合は、【委任欄】へ記入・押印してください。

対象確認	被接種者は次の①～③のうち、何番に該当しますか → (②)
	①妊娠を希望する女性
	②①の同居者
	③風しん抗体価が十分でない妊婦の同居者

③に該当する場合は、添付書類に妊娠されている方の抗体価がわかるものも必要です。詳しくは裏面を御覧ください。

※その他条件があります。確認のうえ、申請してください。添付書類は

(倉敷市処理欄) 受付時に太枠を記入

本人確認	受付日	受付職員	審査結果	確認者	検査方法・結果
<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 代理人持込 <input type="checkbox"/> その他 ()			承認 不承認		<input type="checkbox"/> HI法 EIA 価 <input type="checkbox"/> EIA法 () 倍未満 <input type="checkbox"/> LA法 IU/ml 未満

受付場所 保 児 玉 水 真

【 添付書類 】

□ 領収書（原本）

予防接種を受けた人の氏名、領収額、接種日および領収日の記載がされていて、風しん（麻しん風しん混合）の予防接種料金であることが記載されているもの。

□ 明細書（予防接種済証は不可）

領収書に風しん（麻しん風しん混合）の予防接種料金であることが記載されていない場合必要。

□ 風しん抗体価がわかるもの

- ・抗体検査の結果通知、妊婦健診の記録等（接種日前1年以内のもの）で、検査をした人の氏名、検査日、検査方法（HI法、EIA法、LA法）、検査数値が記載されているもののコピー。
- ・表面【対象確認】の③に該当する場合は、妊娠されている方の抗体価がわかるものも必要です。
- ・無料抗体検査を受けた場合は、「風しん抗体検査申込（問診）票」の本人控。（ピンク色の紙）

また、検査結果氏名と申請時で名前が変わっている場合は、氏名変更がわかるもの（免許証等）を持参してください。

※助成対象となる抗体価を確認のうえ申請してください。

領収書・明細書添付欄 （その他書類はホッチキス留め）

--